AUS DER KÖNIGLICHEN PSYCHIATRISCHEN UND NERVENKLINIK
DER UNIVERSITÄT KIEL.

Retrograde Amnesie nach Strangulation.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Ernst Flehme
aus Kiel.

Kiel 1918.
Druck von Schmidt & Klaunig.

AUS DER KÖNIGLICHEN PSYCHIATRISCHEN UND NERVENKLINIK
DER UNIVERSITÄT KIEL.

Retrograde Amnesie nach Strangulation.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Ernst Flehme
aus Kiel.

Kiel 1918.
Druck von Schmidt & Klaunig.

Nr. 49.
Rektoratsjahr 1918/19.

Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Heine,**
z. Zt. Dekan.

Meinen Eltern in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153718_0137

Wenn ein Erhängter abgeschnitten wird und es gelingt, ihn ins Leben zurückzurufen, so macht sich, worauf schon im Jahre 1826 König, später Hoffmann, dann Wagner und Möbius aufmerksam machten, vor Wiederkehr des Bewußtseins eine auffallende und sehr häufig auftretende Erscheinung bemerkbar. Zuerst treten nämlich allgemeine Konvulsionen, meist tonisch-klonische Krämpfe auf. Die Krämpfe zeigen sich nie sofort nach dem Abschneiden des Erhängten, sondern erst nach einiger Zeit, die von wenigen Minuten bis zu mehreren Stunden schwanken kann. Wagner meint, daß das Auftreten der Konvulsionen zeitlich mit Änderungen in der Respiration zusammenfällt. Anfangs nämlich sistiert die Respiration der Kranken oft vollständig, so daß man sofort künstliche Atmung einleiten muß; oder die Atmung erfolgt spontan, dann aber mit großer Unregelmäßigkeit und wenig ausgiebig. Nach einiger Zeit werden dann die Atembewegungen tiefer, voller und regelmäßiger und damit fällt in der Regel das Auftreten der Konvulsionen zusammen. Die Krämpfe können von wenigen Minuten bis zu mehreren Stunden dauern. Sie sind gewöhnlich epileptiform, tonisch-klonisch, nur ganz selten werden tetanische Krämpfe beobachtet.

Schon bald nach Aufhören der Konvulsionen pflegt langsam das Bewußtsein zurückzukehren. Jetzt läßt sich meistens die zweite auffällige Erscheinung konstatieren, nämlich das Vorhandensein einer Lücke in der Erinnerung. Dieser Defekt umfaßt zunächst natürlich die Zeit, während welcher der Kranke bewußtlos war. Dann fehlt häufig die Erinnerung an den ausgeführten Selbstmord vollständig. Die Kranken wissen nicht, daß sie einen Selbstmordversuch begangen

haben, sie glauben es nicht, wenn man es ihnen erzählt und daher geht ihnen auch jedes Verständnis für die Situation, in die sie sich durch ihr Tentamen gebracht haben, ab. So glaubte nach Wagner eine Abgeschnittene, ihr Übelbefinden rühre daher, daß sie über eine Treppe gefallen sei, was ganz unrichtig war.

Das Auffälligste aber ist, daß der Defekt in der Erinnerung sich in sehr vielen Fällen noch mehr oder weniger weit auf die Zeit vor dem Selbstmordversuch erstreckt. Es wird durch die Strangulation eine retrograde Amnesie geschaffen, wie sie auch sonst auf organischer und funktioneller Basis nicht selten beobachtet wird, z. B. nach Schädeltrauma, commotio cerebri, nach Eklampsie, nach Alkohol und Kohlenoxydgasvergiftung, bei Epileptikern und Hysterikern.

Mitunter bleibt die Amnesie nicht dauernd eine vollständige. Nach und nach kehrt die Erinnerung an das Vorgefallene zurück, wenn auch meistens nur sehr lückenweise. Wagner und auch Paul behaupten allerdings, es seien dann Fälle, in denen die Erinnerung an das Vorgefallene bei dem Kranken durch die Erzählung seiner Umgebung geweckt und dann von ihm selbständig weiter aufgebaut würde. Ein Wiederkehren der Erinnernng ohne Anstoß von außen hält Wagner für sehr zweifelhaft.

Wagner meint ferner, daß die Ausdehnung der Amnesie in einem gewissen Verhältnis zur Dauer der Bewußtlosigkeit steht. In Fällen ohne Amnesie wurde nämlich eine besonders kurze Bewußtlosigkeit gefunden. Storch glaubt sogar, daß die Schwere der Amnesie der Dauer der Strangulation proportional ist.

Bezüglich der Auffassung der Amnesie nach Strangulation sagt Wagner: „Man könnte denken, an Amnesien, welche sich beziehen auf Handlungen, welche im Zustand höchstgradiger Affekte begangen werden. Aber wenn auch der Selbstmord meist infolge von deprimierenden Affekten begangen wird, so sind es doch meist Affekte, die weniger durch ihre momentane Höhe als durch ihre Dauer wirksam sind; während die sogenannten pathologischen Affekte, bei denen solche Amnesien vorkommen, Affektausbrüche von sehr hoher Intensität

darstellen". Ferner meint Wagner: „Daß die nach Strangulation beobachtete Amnesie eine direkte Wirkung der Schädigung der Gehirnernährung ist, die durch den Verschluß der Karotiden und die Asphyxie bedingt wird".

Möbius dagegen behauptet, daß die Ausfalls- und Reizerscheinungen, wie wir sie beim Erhängen, Erschießen, Gehirnerschütterung und nach starkem Schreck finden, auf die überall wiederkehrende Gemütserschütterung beruhen und in den weitaus meisten Fällen nichts anderes sind als schwere Symptome von Hysterie, die durch diese Momente ausgelöst werden kann. Seine Ansicht, die sich auf von ihm selbst beobachtete Fälle stützt, wurde von Wagner heftig angegriffen. Wagner führte 24 Fälle von Konvulsionen bei Erhängten an, bei denen sich die Krämpfe nicht wiederholten, wie sie es bei Hysterie doch höchstwahrscheinlich getan hätten. Außerdem fiel das Auftreten der Krämpfe zeitlich immer mit dem Wiederbeginn der regelmäßigen Respiration zusammen.

Wagner stützt seine Ansicht mit dem Tierexperiment, das von Meyer ausgeführt wurde. Meyer beobachtete bei Tieren nach Freigabe der vorher verschlossenen Karotiden das Auftreten von Konvulsionen.

Auch andere Autoren haben Möbius angegriffen. So führt Seydel einen Fall an, bei dem sich unmittelbar nach dem Selbstmordversuch Pupillenweite, Lichtstarre und fehlende Hornhautreflexe fanden, was ebenfalls gegen Hysterie spricht.

„Wenn", so fragt Dr. Max Paul ganz richtig, „die Amnesie nach Annahme Möbius' aus einer, durch die mit der Ausführung des Conamens verbundene Gemütsbewegung, seelisch vermittelten Hysterie resultierte, weshalb wird sie dann bei andern Arten des Selbstmordes vermißt und beim Erhängen so häufig beobachtet?" Auch bei dem Sprung ins Wasser, bei dem sicher ein großer psychischer Shock vorhanden ist, findet sich nicht ein einziges Mal retrograde Amnesie, obwohl bei zwei Frauen nach dem Conamen einwandsfrei Hysterie beobachtet wurde.

Nunmehr steht die Frage offen, durch welches Moment bei der Strangulation entsteht die Amnesie. Durch die Asphyxie oder durch den Karotidenverschluß? Wagner meint,

wenn man annimmt, daß nur durch Asphyxie eine Amnesie hervorgerufen wird, dieselbe Erscheinung auch unbedingt bei den vielen anderen Fällen von Asphyxie, von Erstickung, hervorgerufen werden müßte. Die Untersuchung hat jedoch ergeben, daß nur in ganz seltenen Fällen nach Asphyxie bei Abschluß der Luftzufuhr oder, was wohl das häufigste ist, bei Ertrinken Amnesie beobachtet wurde.

Bei CO_2-Vergiftung freilich kommt Amnesie sehr regelmäßig vor. Briand und auch Wagner sind der Ansicht, daß es sich hier nicht um eine einfache Asphyxie handelt, sondern um eine toxische Wirkung des Kohlenoxydgases. Sie stellen diese Wirkung der ebenfalls toxisch wirkenden akuten Alkoholvergiftung zur Seite, bei der bekanntlich ebenfalls häufig Amnesie beobachtet wird.

Demnach liegt, was auch von den meisten Autoren angenommen wird, der Hauptgrund offenbar in dem Karotidenverschluß, der damit verbundenen Gehirnanaemie und der plötzlichen völligen Stagnation des Blutes im Gehirn, wodurch es schnell zu einer Veränderung des Blutsauerstoffs kommt, ein Vorgang, der z. B. beim Ertrinkungstode sich doch nur sehr langsam abspielt, da das Herz noch eine Zeitlang weiterarbeiten und Blut ins Gehirn treiben kann.

Daß jedoch retrograde Amnesie auch bei unvollkommenem Abschluß des arteriellen Blutes auftreten kann, zeigt ein Fall von Lührmann, bei dem die Strangulation mit einem breiten elastischen Band ausgeführt wurde, welche nur den venösen Abfluß, nicht aber den arteriellen Zufluß verhinderte.

Zwei in der hiesigen Klinik beobachtete Fälle sind, wie ich glaube, geeignet, den Einblick in den Ursprung jener Amnesie zu fördern. Auch sie scheinen mir für die Ansicht Wagners, daß die Amnesie nach Strangulation eine direkte Wirkung der Schädigung der Gehirnernährung ist, zu sprechen.

Fall 1.

Der 25jährige Schlosser Walter S., der am 8. Dezember 1917 in seiner Wohnung einen Erhängungsversuch gemacht hat, wird abends 7 Uhr mit dem Krankenwagen von der medizinischen Klinik in die Nervenklinik Kiel eingeliefert.

Angaben der Wirtin: Kenne Patienten seit 5 Jahren. Hat angeblich im Felde sehr stark getrunken, zuletzt nicht mehr. Hat jetzt auf der Germaniawerft gearbeitet und mußte immer anstrengenden Dienst machen. Sehr wenig geschlafen. In seinem Verhalten habe sie nichts Auffälligeres bemerkt. Er sei immer ein ruhiger, gutmütiger Mensch gewesen. In der Nacht vom 7. zum 8. Dezember 17 hat er durchgearbeitet, ist morgens um 6 Uhr nach Hause gekommen und nicht ins Bett gegangen. Er hat Besorgungen für die Wirtin gemacht. Hat gestern den ganzen Tag nichts gegessen. Nachmittags gegen 4½ Uhr hörte die Wirtin ein Röcheln in seiner Schlafstube, habe auf Klopfen keine Antwort bekommen. Die Tür sei nicht verschlossen gewesen, sie sei hineingegangen und habe ihn am Bettpfosten hängend vorgefunden. Das Gesicht sei etwas gerötet gewesen, er war bewußtlos. Außerdem habe er etwas Schaum vor dem Munde gehabt. Sie habe ihn abgebunden und Wiederbelebungsversuche gemacht. Dann habe sie den Sanitätswagen und Arzt benachrichtigt, der seine Überführung in die medizinische Klinik angeordnet hätte. Über die Beweggründe zur Tat könne sie nichts angeben, sie wisse nur, daß er schon seit längerer Zeit sich mit seinen Eltern überworfen habe, schreibe nicht nach Hause. Wird bei der Wirtin mit zur Familie gerechnet.

Befund am 8. XII. Kommt abends 7 Uhr zur Aufnahme. Strangulationsnarbe am Halse. Wird, als er ins Bett gebracht wird, sehr erregt, versucht sein Hemd auszuziehen, wehrt sich heftig, als er daran gehindert werden soll. Ist von 4 Mann kaum zu halten. Hört auf Zureden nicht. Ist völlig verwirrt, spricht nichts. Beruhigt sich, als er losgelassen wird. Sieht sich mit ratlosem Gesichtsausdruck um und schläft dann ein.

Befund am 9. XII. Heute morgen klarer.

(Warum aufgehängt?) Ich aufgehängt?

(Warum getan?) Was soll man machen, wenn man krank ist.

Sei lungenkrank. „Die Ärzte schreiben ein ja nicht krank, wenn man es ist.“

(Woher wissen Sie, daß Sie lungenkrank sind?)

Habe Kriebeln in der linken Schulter.

Habe bis zuletzt gearbeitet. Bestreitet, Unannehmlichkeiten auf der Werft gehabt zu haben. Habe sich aufgehängt, weil er des Lebens satt sei. Es hat ja doch keinen Zweck, es sei ja besser so, als wenn man dahinsiecht, was er selbst an sich spüre. Bestreitet, ein Liebesverhältnis mit seiner Wirtin gehabt zu haben. Auf Befragen, warum er alle Besorgungen für sie gemacht habe, sagt er, das habe er getan, weil sie krank sei und nichts tragen könne. Ihr Mann täte es nicht, der sei schlecht zu ihr und schlage sie öfter, weshalb er den Mann auch schon zur Rede gestellt habe. Seit 8 Jahren in Kiel und wohne seit 1912 bei diesen Leuten. Sei von August 1914 bis Juli 1915 im Feld gewesen. Kam zurück wegen Erkältung und Ausschlag am Munde. Wegen Lungenerkrankung vom Militär entlassen. War in mehreren Lazaretten. Im Februar 1916 vom Militär entlassen. Seitdem auf Germaniawerft gearbeitet. Wolle jetzt auch noch sterben, das Leben sei nichts wert. Habe sich mit seinen Eltern schon vor dem Kriege überworfen. Weshalb, will er nicht angeben.

Vater an Tuberkulose gestorben, sonst in der Heridität nichts Besonderes. Als Kind Masern und Lungenkatarrh. Keine venerische Infektion. Habe früher viel Bier getrunken, 8–10 Liter täglich, keinen Schnaps. Im Felde viel Wein. Auf Schule bis zur 1. Klasse gekommen. Lernte gut. Hat Schlosser gelernt. Zuletzt in Kiel gearbeitet.

An den Selbstmordversuch erinnert er sich nicht mehr. Sei in der Nacht auf Arbeit gewesen. Um 9 Uhr morgens nach Hause gekommen. Von da ab wisse er nichts mehr. Sei gestern mittag hergekommen, sei mit der Elektrischen hergekommen. Erst heute morgen sei er wieder richtig bei sich gewesen. An das Toben und Schreien könne er sich nicht erinnern. Gibt sehr einsilbige Auskunft, hält sehr zurück.

(Wo hier?) Weiß nicht. — Untersuchungszimmer.

(Was für ein Haus?) Keine Antwort.

(Was für eine Stadt?) Keine Antwort.

(Monat?) 11.

(Jahr?) 1917.

(Wochentag?) Keine Antwort.

(Mit wem Krieg?) Will nichts angeben. Die Fragerei hat keinen Zweck.

(Wer bin ich?) Doktor.

Auf Befragen, ob er nicht gesund werden will: Mir ist alles gleich. Macht sehr apathischen Eindruck.

Befund am 9. XII. Auf Stirn und Kinn kleine Kratzwunden. Am Hals rote Strangulationsnarbe. Darüber weißer Streifen. Konjunktiven beiderseits stark blutunterlaufen. Schädel etwas klopfempfindlich. Gesicht leicht asymmetrisch. Rechtes Ohr etwas bläulich verfärbt (verfroren).

Pupillen o. B. Augenbewegungen frei.

Facialis ist intakt.

Die Zunge zittert etwas beim Herausstrecken. An den Rändern ringsherum stark zerbissen. Hintere Rachenwand stark blutunterlaufen.

Sprache etwas verwaschen.

Reflexe normal auslösbar.

Spitz und stumpf wird langsam unterschieden.

Herz und Lungen gesund.

Fäßt alles sehr schwer auf, befolgt Aufforderungen sehr langsam.

Befund am 11. XII. Er will nur wissen, daß er von der Arbeit am Morgen gekommen, glaubt sich zu Bett gelegt zu haben, in der Klinik sei er erst wieder zu sich gekommen. Will beim Militär 1913 bis Februar 1916 mehrfach Schwindelanfälle gehabt haben: Es wurde schwarz vor den Augen, dann ging der Schleier wieder vorbei. Umgefallen sei er nicht, auch nicht bei den Märschen. Ist jetzt ganz zugänglich. Klagt wenig Kopfschmerzen. An den Besuch der Wirtin am 9. XII. erinnert er sich dunkel. Er sei am Abend des 9. erst richtig zu sich gekommen.. Bisse an der Zunge heilen. Heute noch Petechieen hinter den Ohren.

12. XII. Angaben der Wirtin: Am 8. XII. morgens 6 Uhr nach Hause gekommen, ganz vernünftig mit seiner Wirtin gesprochen, gegessen habe er nicht, weil er das Essen für die Arbeit während der Nacht mitnehmen müßte. Um 9 Uhr noch Besorgungen gemacht, Fleisch eingekauft. Nach

dem Fortgange auch noch vernünftig unterhalten. Am Mittag habe die Wirtin noch gefragt, ob er Essen haben wolle, habe nein gesagt. Danach habe er sich ins Bett gelegt. Wirtin habe ihn nicht eher wiedergesehen, erst nachdem sie das Röcheln gehört habe. Gibt nachträglich an, ihr Mann habe gemeint, daß Patient wohl einige Schulden habe, Bestimmtes könne sie nicht sagen.

13. XII. Patient ist ruhig und geordnet. Drängt auf Entlassung. Wird abgeholt und gebessert entlassen.

Fall 2.

Der 55 Jahre alte Hufner und Gemeindevorsteher August H., der am 7. IV. 1918 in seiner Wohnung einen Erhängungsversuch gemacht hat, wird am 9. IV. 1918 in die Nervenklinik Kiel aufgenommen.

Angaben der Frau: Patient versuchte, sich am 7. IV. durch Aufhängen das Leben zu nehmen. Seit 5—6 Jahren sei der Mann sehr leicht aufgeregt, immer gedrückter Stimmung, ging seinem Beruf gut nach. Wurde im Mai 1917 Gemeindevorsteher, bekam dadurch viel Arbeit und Aufregung. Seit Weihnachten wurde er bedeutend nervöser, regte sich über jede Kleinigkeit auf, äußerte, er sei seines Lebens müde, er wolle sich aufhängen. Die Aussagen dieser Art wiederholten sich häufiger, konnte nachts nicht schlafen, dachte immer über seinen Beruf nach, grübelte, war aber nicht weiter unruhig, bildete sich ein, kein Futter für sein Vieh zu haben, dabei hatte er vollkommen genug. Ließ sich nur schwer trösten. Äußerte dann nach wenigen Stunden wieder dieselbe Idee. Sagte, er habe etwas Lebendiges im Magen, das drücke ihn. Aß jedoch alles. Arbeitete noch bis zum 7. IV. als Gemeindevorsteher.

Am Sonntag fragte er einen Russen, wie lange der Klee noch reiche und als der sagte, er sei bald alle, ging er hin und versuchte sich aufzuhängen. Als die Frau dazukam, äußerte er garnichts, war vollkommen unklar, hat auch bis heute nichts geäußert. Anscheinend wisse er gar nicht, daß er das getan habe. Wollte auch nicht mit in die Nervenklinik. War nie gewalttätig. In der letzten Zeit war ihm

alles zuwider, vollkommen interessenlos, wollte am liebsten tot sein.

Heredität o. B. Früher ruhiger, strebsamer Mann. Mit 28 Jahren verheiratet. Keine Kinder, keine Fehlgeburt. In den ersten Jahren der Ehe gastrisches Fieber, sonst immer gesund. 1884—86 gedient, kein Potus. Gleich nach der Strangulation hat Frau Krämpfe, Zuckungen beobachtet.

Angaben des Patienten: Er komme her wegen Magenschmerzen, die heute aber ganz vorbei seien. Fühle sich heute so gut wie lange nicht. Vorher sei er immer etwas wehmütig gewesen, weil das Futter knapp sei. Habe Vieh und könne ihm nichts geben, das sei die meiste Sorge. So schlimm, daß er keine Lust mehr zum Leben habe, sei es nie gewesen. Nie Selbstmordgedanken angeblich. Nur habe er oft schmerzhaften Druck vor dem Magen gehabt, besonders nach Kohl. Sei bei seiner wehmütigen Stimmung immer ganz ruhig, nicht aufgeregt, habe gar nicht das Gefühl, daß er nervös sei, möchte gerne bald wieder entlassen werden, möchte auch aufstehen. Die Saat müsse bestellt werden und als Gemeindevorsteher habe er viel zu tun. Er möchte nach Hause, er wolle ja gerne einmal wiederkommen.

Die wunde Stelle am Hals sei vom Scheuern des Kragens gekommen. Als Kind Lungenentzündung. In der Dorfschule leidlich gelernt. Kein Potus. Keine venerische Infektion. Heredität o. B.

Patient ist sichtbar gehobener Stimmung, lacht sehr, als man ihm sagt, er habe sich aufhängen wollen, das sei sicher nicht wahr.

Befund: Mittlerer Ernährungszustand. Pupillen rund und gleich. Reaktionen auf Licht und Konvergenz vorhanden. Augenbewegungen frei.

Rachenreflex vorhanden.

Facialis intakt.

Zunge wird gerade herausgestreckt.

Am Hals deutliche Strangulationszeichen, von rechts oben nach links unten verlaufend.

Bauchdecken-, Cremasterreflex vorhanden.

Patellarreflex vorhanden.

Achillesreflex nicht auslösbar.
Kein Romberg.
Sensibilität ungestört.
Innere Organe gesund.
Wassermann'sche Reaktion negativ.

15. IV. Patient ist immer guter Stimmung, möchte gerne bald entlassen werden, müsse zu Hause bei ber Saat helfen. Habe als Gemeindevorsteher viel zu tun. Völlig klar und ruhig.

23. IV. Weiter gutes Befinden, keine Erinnerung an den Selbstmordversuch.

1. V. Dauernd gutes Befinden, nie traurige Stimmung. Patient wird entlassen.

Wenn ich den Inhalt der beiden ausführlich mitgeteilten Krankengeschichten kurz nochmals zusammenfasse, so ergibt sich, daß bei S. zwar nicht deutlich epileptiforme Krämpfe beobachtet wurden, wohl aber Schaum vor dem Munde und mehrere Zungenbisse, daß er dann verworren war, heftige Erregungszustände bekam und am folgenden Tage vollständige Amnesie für den Selbstmordversuch, für eine Zeitspanne von ca. 7 Stunden vor dem Tentamen und für die darauf folgenden Begebenheiten zeigte, während der andere wenige Minuten, nachdem er abgeschnitten war, in tonisch-klonische Krämpfe von kurzer Dauer verfiel mit Aufhebung des Bewußtseins, daß er dann ebenfalls verworren war und später, als er wieder zu sich kam, völlige Amnesie für den Strangulationsversuch zeigte.

Konrad meint, die Entscheidung, ob die Amnesie und die Krämpfe auf organischer oder funktioneller Basis beruhen, ließe sich vielleicht treffen, wenn sich bestimmte Schlüsse auf die Art der Krämpfe und der Amnesie machen ließen.

Eine befriedigende Antwort in dieser Richtung läßt sich in unseren Fällen vielleicht nur in dem zweiten geben. Die Krämpfe sind zwar nicht ärztlich beobachtet, aber nach der Beschreibung der Frau des Patienten scheint es sich doch um tonisch-klonische Krämpfe gehandelt zu haben. Außerdem waren früher nie Krämpfe aufgetreten und man

darf daher wohl mit Bestimmtheit annehmen, daß der beobachtete Krampfzustand mit dem unmittelbar vorhergegangenen Hirntrauma im Zusammenhang steht.

Eines darf jedoch nicht vergessen werden. Bei Fall I finden wir in der Anamnese, daß es S. früher öfter mal schwarz vor den Augen wurde, daß aber der Schleier immer wieder bald verschwand. Umgefallen ist er allerdings nie und Krämpfe sind auch niemals aufgetreten. Sind diese Erscheinungen nun hysterischer oder epileptischer Natur gewesen? Die Entscheidung ist wohl nicht mit Sicherheit zu treffen. Gegen Hysterie spricht allerdings das Fehlen anderer hysterischer Stigmata. Für die Annahme einer Epilepsie sprechen noch die Zungenbisse, so daß das letztere Leiden wohl mit größerer Wahrscheinlichkeit vorgelegen hat.

In keinem der beiden Fälle ist also mit Sicherheit Hysterie nachzuweisen, durch die nach Möbius Ansicht die retrograde Amnesie nach Strangulation ausgelöst wird. Höchstens im ersten Falle könnte eventuell Hysterie, wenn man die früheren Erscheinungen als solche deuten will, als unterstützendes Moment für das Zustandekommen der Amnesie in Betracht kommen. Nach meiner Ansicht sprechen beide Fälle für Wagner, daß nämlich die Amnesie nach Strangulation eine direkte Wirkung der Schädigung der Gehirnernährung ist.

Zum Schluß sei noch auf die forensische Bedeutung der Amnesie hingewiesen.

Lührmann macht darauf aufmerksam, daß mehrfach eine Amnesie von mehreren Stunden vor dem Tentamen, wie auch in unserem ersten Fall beobachtet wurde. Die Kenntnis dieser Tatsache kann eventuell von Bedeutung sein. Es werden nämlich vor einem Selbstmord sehr häufig Mord und andere Verbrechen begangen. Behauptet nun ein wieder ins Leben zurückgerufener Selbstmörder, von einem ihm zur Last gelegten Verbrechen vor dem Selbstmordversuch nichts zu wissen, so darf diese Aussage nicht ohne weiteres als eine bewußte Lüge aufgefaßt werden.

Meinem verehrten Lehrer, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Siemerling spreche ich für die gütige Überlassung der beiden Fälle meinen gehorsamsten Dank aus.

Literaturverzeichnis.

1. Über Krämpfe und Amnesie nach Wiederbelebung Erhängter von Dr. F. Lührmann. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 52.
2. Über einen Fall von retrograder Amnesie von Privatdozent Eugen Konrad. Archiv für Psychologie und Neurologie, Bd. 42.
3. Ein Fall von retrograder Amnesie nach Strangulation. J.-N. von Eugen Dohrn. Kiel 1903.
4. Polemik zwischen Wagner und Möbius. Münchner medizinische Wochenschrift, 1892 und 1893.
5. Beiträge zur Frage der retrograden Amnesie von Dr. Max Paul. Archiv für Psychiatrie, Bd. 32.
6. Psychische und nervöse Störungen nach Selbstmordversuchen durch Erhängen, von Storch. I.-D. Kiel 1909.
7. Weitere Bemerkungen über die bei wiederbelebten Erhängten auftretenden Krankheitserscheinungen von Wollenberg. Archiv für Psychiatrie, 1899, Bd. 31.
8. Retrograde Amnesie nach starken Blutverlusten. I.-D. von Wohlgemuth. Kiel 1917.

Lebenslauf.

Am 17. März 1892 wurde ich als Sohn des Fakrikanten Friedrich Flehme zu Kiel geboren. Evangelischer Konfession. Ich besuchte das Kgl. Gymnasium zu Kiel und studierte zu Kiel und Freiburg. Im Mai 1915 machte ich mein Physikum in Kiel. Von April bis Oktober 1912 diente ich als Einjährig-Freiwilliger beim 1. Seebatl. Bei Ausbruch des Krieges wurde ich wieder zur Marine eingezogen und bin seitdem als Feldhilfsarzt am Bord und an Land tätig gewesen.